



ANKIETA DLA KLIENTA na usługę AON

Nazwisko i imię Osoby Niepełnosprawnej / Zainteresowanej / :

.....

Nazwisko i imię Prawnego Opiekuna:

Adres zamieszkania:

telefon: **tel. kom**

Rodzaj schorzenia:

.....

Wiek:

.....

Nazwa i adres placówki do której uczęszcza Zainteresowany:

.....

Zainteresowania O.N:

.....

Oczekiwania wobec asystenta (proszę wpisać TAK lub NIE):

- towarzyszenie w drodze na zajęcia.....
- współudział w rehabilitacji.....
- wspólne spędzanie czasu wolnego.....
- towarzyszenie na zajęciach zorganizowanych (podać adres placówki):

.....

Tygodniowy oczekiwany czas pracy asystenta:

- Poniedziałek od godz do godz
- Wtorek od godz do godz
- Środa od godz do godz
- Czwartek od godz do godz
- Piątek od godz do godz
- Sobota od godz do godz

Data.....Podpis opiekuna.....